

# 令和5年度 第 回 実践者研修 自己評価票（事前）

受講 番号		事業所・ 施設名		氏名	
----------	--	-------------	--	----	--

**【 研修の目標 】**  
 認知症についての理解のもと、本人主体の介護を行い、生活の質の向上を図るとともに、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう認知症介護の理念、知識・技術を修得するとともに、地域の認知症ケアの質向上に関与することができるようになる

- この研修に参加する目的を記入してください。
- この研修で特に学びたいことを記入してください。
- あなたは、職場（施設・事業所等）の理念を意識して業務に従事していますか？  
 常に意識して従事している     時々意識して従事している     どちらともいえない  
 意識して従事していない     職場の理念を知らなかった
- あなたの、認知症ケア実践状況の自己評価を伺います。（4～1のうち該当する番号に○印をしてください）

項 目		できている	まあできて いる	あまりでき ていない	できていな い
①	認知症の人の意思を確認しながらケアを行っている	4	3	2	1
②	原因疾患に基づく中核症状の影響を理解した上で、認知症の人の有する能力に応じたケアを行っている	4	3	2	1
③	行動・心理症状（BPSD）への対症療法的な対応ではなく、その背景を理解した上でケアを行っている	4	3	2	1
④	多角的な視点でアセスメントを行い、その結果を踏まえて認知症の人が望む生活の実現に向けたケアを行っている	4	3	2	1
⑤	家族介護者が置かれている状況や負担等に配慮した支援を行っている	4	3	2	1
⑥	認知症の人の権利侵害や虐待につながる可能性のある不適切な対応に気づき、防止または改善を行っている	4	3	2	1
⑦	認知症の人に対して自分が行っているケアを振り返り、課題を見つけることができている	4	3	2	1
⑧	必要に応じ医療専門職と適切に連携している	4	3	2	1
⑨	カンファレンス等において、根拠を伴う発言を行い、チームの意思決定に貢献できている	4	3	2	1
⑩	地域の認知症の人のための取り組み（施策）を理解し、貢献しようとしている	4	3	2	1

<b>事業所の長 記入欄</b>	○ 令和5年4月1日現在の事業所内の「介護業務従事者」及び「実践者研修、実践リーダー研修」を修了されている職員数をご記入ください。 介護業務従事者数            人    ・    実践者研修            人    ・    実践リーダー研修            人
	○ 貴施設・事業所として、本研修修了者が学びを活かした、より質の高いケアを提供するための組織体制等、工夫や取り組みをお聞かせください。